

# La co-construction des politiques de soins de santé

Sophie Cès – Service d'études

Remerciements à Alessandro Rancati – Joint Research Centre (JRC) de la Commission Européenne

## Résumé

Le but de l'article est de soutenir la réflexion sur les changements à opérer pour améliorer la gouvernance des politiques de soins de santé. La co-construction réfère à la collaboration entre les différent-es d'acteur-rices concerné-es autour de problématiques complexes de santé publique et de performance du système de santé en vue d'élaborer des programmes d'actions pour atteindre des objectifs prioritaires communs pour le système de santé et d'en évaluer leurs effets. Cette nouvelle mission requiert un processus de concertation adapté qui soit plus à même de mobiliser les ressources existantes au sein du système de santé. L'enjeu est de permettre à la fois le décloisonnement des savoirs et des perspectives dans un processus de réflexion collective afin de favoriser l'innovation. La première partie présente les principes sur lesquels s'appuyer pour mettre en place une gouvernance participative. En raison de la complexité, de l'ampleur et de la diversité des enjeux et du caractère nouveau de l'approche participative, un soutien méthodologique s'avère indispensable. La deuxième partie décrit les approches méthodologiques pertinentes pour mettre en place une collaboration efficace pour élaborer les politiques de soins de santé. En particulier, les approches fondées sur le Design offrent un cadre méthodologique à la fois complet pour répondre aux nombreux défis que posent la participation des acteur-rices et adapté aux problématiques des soins de santé.

Mots-clés : Gouvernance, participation, innovation, système de santé, approches fondées sur le Design, complexité

## 1. Introduction

Par son impact majeur sur l'ensemble de la société, la crise sanitaire a rappelé l'importance des soins de santé en tant que biens communs essentiels. Le contexte actuel se caractérise par un accroissement rapide des besoins en soins de santé dû à l'évolution épidémiologique (avec le vieillissement de la population, l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et de la multimorbidité, la pandémie) et l'apparition de nouveaux besoins liés aux progrès médicaux et technologiques. Face à ces nombreux défis, le cadre budgétaire et les priorités d'investissement qui seront choisis dans les années à venir auront un impact déterminant sur la capacité du système de santé à assurer, à chacun d'entre nous, l'accès à des soins de qualité tel que défini par la Couverture Sanitaire Universelle : « que toutes les personnes aient accès, sans discrimination, à un ensemble de services de santé essentiels et nécessaires, déterminés au niveau national, préventifs, curatifs, de réadaptation, palliatifs, et à des médicaments et vaccins essentiels, sûrs, abordables, efficaces et de qualité, tout en veillant à ce que l'utilisation de ces services n'expose pas les utilisateur·rices à des difficultés financières, avec un accent particulier sur les segments de la population, pauvres, vulnérables et marginalisés » (Nations Unies, 2019, p. 1, nous traduisons).

Pour faire face aux évolutions rapides des besoins en soins de la population, il est donc primordial de renforcer la capacité d'adaptation du système de santé en améliorant la gouvernance au niveau budgétaire. En effet, les choix budgétaires posés chaque année pour l'assurance soins de santé traduisent les grandes orientations politiques qui dessinent ce que seront les soins de santé dans les prochaines années.

Le système belge de sécurité sociale, de type 'bismarckien', est géré par les employeur·euses et les travailleur·euses qui en sont les financeur·euses majoritaires à travers les cotisations sociales. Pour l'assurance soins de santé, la concertation sociale est élargie aux mutualités et aux représentant·es des prestataires de santé et institutions de soins (Lambert, 2020). Les partenaires de santé (les mutualités et les représentant·es des prestataires et des organisations de santé) disposent d'une relative autonomie pour la gestion de l'assurance soins de santé au sein du Comité de l'assurance, celle-ci étant subordonnée au

cadre budgétaire décidé au Conseil général (où siègent les partenaires sociaux, les mutualités, les représentant·es du gouvernement) (Reman & Feltesse, 2003). Une des limites du dispositif de concertation actuel est qu'il exclut la possibilité d'aborder des problématiques transversales de santé, c'est-à-dire qui dépassent les problèmes spécifiques à chaque secteur professionnel de santé (par exemple l'intégration des soins ou encore l'accès financier aux soins) car la concertation budgétaire annuelle est organisée en silo, par secteur professionnel. L'enjeu de l'amélioration de la gouvernance est de permettre une réflexion collective plus large sur l'utilisation des moyens dégagés par la norme de croissance budgétaire et sur les possibilités d'amélioration de l'efficacité du système de santé. Un autre axe d'amélioration défendu par les mutualités est le fait d'assurer une meilleure cohérence des investissements dans le temps en adoptant une vision stratégique à long terme pour le système de santé. C'est pourquoi, dans le cadre de la réforme du budget, des transformations de la gouvernance dans le cadre des missions du Comité de l'assurance s'imposent pour élaborer des politiques de soins de santé<sup>1</sup> cohérentes et intégrées afin de mieux coordonner les efforts collectifs et financiers pour répondre aux besoins sanitaires croissants de la population. Cet article vient en appui à la réflexion qui est en cours et pour laquelle une décision du gouvernement est encore attendue. Il s'agit avant tout de proposer un cadre théorique assorti d'un ensemble de propositions pratiques pour nourrir la réflexion sur la gouvernance.

Le but de cet article est de présenter les principes sur lesquels s'appuyer pour améliorer la gouvernance et les approches méthodologiques qui pourraient être mobilisées pour soutenir l'élaboration des politiques des soins de santé. La première partie explique la nécessité de la co-construction des politiques de soins de santé, une condition préalable à l'introduction de la dynamique nécessaire pour adapter le système de santé, et les implications relatives à la gouvernance. La deuxième partie décrit des approches méthodologiques possibles pour soutenir la co-construction. En effet, de nombreux défis se posent pour mener à bien la réflexion sur les politiques de soins de santé car, pour les parties prenantes du système de santé, elle constitue une nouvelle mission. Notre article vise donc à répondre à deux questions : selon quels principes améliorer la gouvernance pour l'élaboration des politiques de soins de santé ? Quelles méthodologies pourraient être mobilisées pour réfléchir collectivement aux politiques de soins de santé ?

<sup>1</sup> Les politiques de soins de santé réfèrent dans cet article à l'organisation des prestations de soins de santé (excluant la problématique du financement des soins de santé).

## 2. Les différents leviers pour améliorer la gouvernance du système de santé

### 2.1. Cadre conceptuel de la gouvernance du système de santé

Le cadre conceptuel de la gouvernance développé par l'Observatoire européen des politiques et des systèmes de santé définit les axes sur lesquels agir pour améliorer l'efficacité des politiques publiques dans le secteur des soins de santé : « le but de l'amélioration de la gouvernance est d'améliorer la performance des politiques, c'est-à-dire des politiques mieux formulées et mises en œuvre » (Greer, Wismar, & Figueras, 2016, p. 43, nous traduisons). La gouvernance s'articule autour de cinq dimensions : la transparence, la responsabilité, la participation, l'intégrité et la capacité politique.

- **La transparence** signifie que « les institutions informent le public et les autres acteur·rices des décisions à venir et des décisions qui ont été prises, ainsi que du processus et des motifs sur lesquels les décisions sont prises » (idem, nous traduisons). Si les patient·es, les citoyen·es, les investisseur·euses et les autres organisations savent comment, quand et pourquoi les décisions sont prises, ils seront en mesure de planifier en conséquence et de déterminer comment apporter leurs points de vue et leurs connaissances, ou contester les décideur·euses politiques. Les modalités d'implémentation de la transparence peuvent être variées dans le cadre de l'amélioration de la gouvernance de l'assurance soins de santé. Il s'agit surtout de garantir que l'ensemble des acteur·rices du système de santé (des expert·es, des représentant·es d'associations, etc.) puissent disposer des informations stratégiques suffisamment précises et complètes pour pouvoir contribuer de façon adéquate à l'élaboration des politiques de soins de santé et à leur évaluation.
- **La responsabilité** diffère de la transparence, elle implique le devoir d'informer, d'expliquer les actions entreprises et d'assurer un suivi de leur impact.
- **La participation** signifie que « les parties concernées ont accès à la prise de décision et au pouvoir, de sorte qu'elles acquièrent un intérêt significatif dans le travail de l'institution » (idem, nous traduisons). Les budgets communs sont un exemple de mécanisme participatif.

- **L'intégrité** signifie « une répartition claire des rôles et des responsabilités et un processus clair les reliant. Cela signifie que les processus de représentation, de prise de décision et d'exécution devraient être clairement précisés. Tous les membres devraient être en mesure de comprendre et de prévoir les processus par lesquels une institution prendra des décisions et les appliquera; les personnes devraient avoir une répartition claire des rôles et des responsabilités » (idem, nous traduisons). Les mécanismes d'intégrité peuvent prendre la forme de mandats législatifs, de procédures (comptes rendus de réunion, règles de déroulement de réunion, etc.), d'audits ou encore de budgets.
- **La capacité politique** : « la capacité d'élaborer des politiques alignées sur les ressources dans la poursuite des objectifs » (Greer, Wismar, & Figueras, 2016, p. 39, nous traduisons). La capacité politique désigne l'ensemble des ressources utilisées pour « identifier, formuler, implémenter et évaluer les solutions aux problèmes publics » (Forest, Denis, Brown, & Helms, 2015, p. 1, nous traduisons). Les mécanismes pour améliorer la capacité politique sont par exemple l'analyse de la performance par rapport à l'identification des problèmes existants et des effets produits par les politiques qui sont menées ou encore la compréhension du système notamment les problèmes légaux ou budgétaires et la formation des professionnel·les impliqués dans l'élaboration des politiques.

Ces cinq dimensions fournissent un cadre pour réfléchir aux améliorations possibles de la gouvernance sans pour autant en déterminer les modalités d'application précises.

### 2.2. Définition de la co-construction

La co-construction se définit comme « un processus volontaire et formalisé par lequel deux ou plusieurs acteurs parviennent à s'accorder sur une définition de la réalité (une représentation, une décision, un projet, un diagnostic) ou une façon de faire (une solution à un problème). La visée, l'intention du processus de type co-constructiviste, est de définir, d'élaborer, de construire un diagnostic, une analyse, un projet, un changement, une politique, une méthode, etc. » (Foudriat, 2019, p. 17). Dans le contexte de la politique de soins de santé, la co-construction réfère à la collaboration entre les différent·es d'acteur·rices concerné·es autour de problématiques complexes de santé publique et de performance du système de santé en vue d'élaborer des programmes d'actions pour atteindre des objectifs prioritaires communs pour le système de santé et d'en

évaluer leurs effets. La co-construction des politiques de soins de santé constitue ainsi une nouvelle mission visant à améliorer le système de santé de façon dynamique. D'une part, cette approche a l'avantage de répondre concrètement au problème actuel de concertation en silo (cf. introduction). D'autre part, selon l'Organisation Mondiale de la Santé et l'Observatoire Européen des systèmes de santé (Greer, Wismar, & Figueras, 2016; Organisation Mondiale de la Santé, 2016), cette nouvelle forme de gouvernance serait plus adéquate pour répondre aux nombreux défis posés pour le système de santé. En effet, la complexité du système, l'incertitude, la constante évolution, la multitude d'acteur-rices, etc. invite à repenser la gouvernance des systèmes de santé. L'enjeu est de mettre en place un processus de concertation efficace afin de mobiliser les ressources existantes par le décloisonnement des savoirs et des perspectives et favoriser ainsi l'innovation.

### 2.3. Le système de santé, un écosystème complexe

L'axe central de la co-construction est la participation des différent-es acteur-rices du système de santé dans l'élaboration des politiques de soins de santé. Celui-ci se justifie par la nature même du système de santé qui doit être appréhendé comme un écosystème complexe (Organisation Mondiale de la Santé, 2016), comprenant une multitude d'acteur-rices interagissant et s'influençant mutuellement directement ou indirectement avec des priorités et intérêts différents. Le principal défi pour introduire des améliorations dans un système complexe est que son comportement n'est pas prévisible : « Étant donné que les éléments sont variables, les relations non linéaires et le comportement émergent et sensible aux petits changements, le comportement détaillé de tout système complexe est fondamentalement imprévisible dans le temps. En fin de compte, la seule façon de savoir exactement ce qu'un système complexe fera est de l'observer : il ne s'agit pas de mieux comprendre les agents, de meilleurs modèles, ou de plus d'analyse » (Plsek & Greenhalgh, 2001, p. 626, nous traduisons). Dans ce contexte, l'OMS souligne l'intérêt d'un leadership participatif par rapport à un leadership individuel. Au-delà des considérations démocratiques, l'OMS constate qu'un

système complexe « doit s'appuyer sur des perspectives conjointes et des forces diverses à travers le système pour un fonctionnement non linéaire mais bien coordonné. "Distribué mais pas déconnecté" serait le modèle d'un tel leadership participatif » (Organisation Mondiale de la Santé, 2016, p. 13, nous traduisons). Cette nouvelle approche trouve ses racines dans la philosophie de l'action collective, l'expérimentalisme qui « s'appuie sur l'idée que l'action collective gagne en efficacité et en capacité d'anticipation quand elle élargit les possibilités de participation des différents acteurs concernés et qu'elle tire parti de la connexion plus intense qu'engendre cette participation entre l'engagement partagé et les apprentissages situés<sup>2</sup> » (Maesschalck, 2021, p. 3). Dans le contexte des soins de santé, en particulier, l'interdisciplinarité et l'approche systémique sont nécessaires pour aborder les problèmes complexes<sup>3</sup>. La détermination d'objectifs partagés pour le système de santé pour définir une vision stratégique à long terme vient compléter le dispositif pour co-construire les politiques de soins de santé.

La partie suivante explique de quelle façon la co-construction des politiques de soins de santé intègre ces différentes dimensions interreliées tout en proposant une forme plus dynamique de modèle de gouvernance participatif.

2 Les apprentissages situés résultent d'un processus social inscrit dans un contexte particulier : par exemple le lieu de travail fournit un cadre dans lequel un certain nombre d'apprentissages pourront se faire, par rapport aux règles, comportements, valeurs, etc.

3 The Cynefin Framework® (cynefincentre.com). Les problèmes peuvent être de quatre natures différentes : simples (un lien clair entre la cause et l'effet) dont la réponse sont les best practices, compliqués (des causes multiples nécessitant des avis d'experts pour déterminer un lien de cause à effet), complexes (pas de relation de cause à effet identifiable hors contexte, résultats non prévisibles et émergents), chaotiques (pas de relation de cause à effet identifiable).

## 2.4. Des priorités partagées

### 2.4.1. Une vision stratégique à long terme pour le système de santé

La fixation d'objectifs permet d'adopter une vision stratégique à long terme et offre ainsi les outils indispensables à l'orientation et à la coordination des politiques de santé (qui désignent l'ensemble des politiques publiques ayant impact sur la santé de la population, incluant les politiques relatives aux soins de santé). La poursuite d'un but commun est une des conditions nécessaires à la co-construction (Topp, Mair, Smillie, & Cairney, 2020).

Dans le cadre de la politique des soins de santé, cette approche vise l'amélioration de la performance du système de santé par une meilleure cohérence des investissements et des programmes d'action avec les multiples défis qui se posent pour répondre à l'ensemble des besoins de soins de la population. Elle s'inscrit ainsi dans la continuité logique de l'évaluation de la performance du système de santé qui vise à « informer les autorités de la santé quant à la performance du système de santé, et mettre en évidence d'éventuels problèmes » (Vrijens, Renard, Walkiers, Meeus, & Léonard, 2014, p. 84). Outre l'amélioration de la performance du système de santé, la poursuite d'objectifs de santé prioritaires pour répondre à des problématiques de santé publique en coordination avec les autres politiques publiques vient également compléter la vision stratégique à long terme pour le système de santé.

L'approche par objectif permet d'agir dans les cinq dimensions de la gouvernance. Le but est d'intégrer de façon explicite et directe, dans les procédures de concertation au niveau budgétaire, la recherche de résultats de santé publique et de performance du système de santé. La mise en avant d'objectifs à atteindre offre l'occasion de rassembler différentes expertises et perspectives de façon décloisonnée, où chaque acteur peut à la fois apporter ses réflexions dans son champ de compétence et bénéficier de l'apport des autres participant-es (cf. partie 2.3.1). La détermination d'objectifs crée ainsi l'opportunité d'améliorer la capacité d'innovation en permettant de réunir l'ensemble des acteur-rices concerné-es pour résoudre les problèmes complexes et de les aborder de la façon la plus complète possible par rapport aux multiples causes possibles (au lieu

de partir directement dans une réflexion uniquement centrée sur un seul type d'action). Cette nouvelle façon de structurer la réflexion budgétaire et les politiques de soins de santé autour d'objectifs partagés est plus à même de favoriser l'émergence de propositions innovantes, transversales, pluridisciplinaires et coordonnées. Elle permet également de motiver les acteur-rices et de concentrer les efforts collectifs tout en les responsabilisant. Enfin, l'explicitation d'objectifs pour le système de santé est aussi un moyen de lutter contre l'instabilité des choix politiques dans le temps. La continuité des politiques de soins de santé se trouve renforcée par la perspective à long terme. Ces politiques peuvent ensuite être évaluées et ajustées à court et moyen terme selon des critères plus stables, objectifs et transparents. La détermination d'objectifs pour le système de santé est donc aussi un moyen d'améliorer la transparence sur les priorités au niveau macro. Les objectifs rendus publics permettent d'éclairer les acteur-rices concerné-es sur les choix qui sont faits par rapport aux investissements prioritaires, aux actions privilégiées et de faire le lien avec les problèmes visés et les valeurs du système de santé.

Ainsi, l'élaboration des politiques des soins de santé relève avant tout d'un processus d'ajustement dynamique à court et moyen terme au sein d'un cadre structurant formalisé d'objectifs à long terme.

### 2.4.2. Les objectifs SMART

Pour le système de soins de santé, il y a tout d'abord les grandes priorités qui sont énoncées au travers de l'accord gouvernemental et le *Quintuple Aim* et les objectifs « SMART » qui devraient encore être déterminés (INAMI, 2022) :

- Spécifique c'est-à-dire clairement défini, sans ambiguïté,
- Mesurable c'est-à-dire quantifiable par un indicateur,
- Atteignable compte tenu des actions possibles, du problème posé (par exemple, une réduction de 80% de la prévalence du diabète n'est pas atteignable),
- Réaliste c'est-à-dire faisable compte tenu de l'échelle de temps,
- Temporellement défini c'est-à-dire avec une échéance temporelle précise (Ogbeiw, 2016; Ogbeiw, 2017).

Ce type d'objectif se résume en un résultat, un indicateur, une valeur cible<sup>4</sup> et une échelle de temps (Ogbeiw, 2017). Il définit les résultats tangibles futurs à atteindre pour le système de santé qui peuvent être évalués. La détermination

4 Une cible désigne la valeur numérique d'un indicateur, elle n'est pas en soi un objectif (Ogbeiw, 2016).

d'objectifs SMART ne relève pas d'une science exacte, c'est avant tout d'un outil à la fois symbolique et pratique pour stimuler et inspirer les parties prenantes (Obyn, Cordon, Kohn, Devos, & Léonard, 2017).

Trois types d'objectifs peuvent être distingués selon la nature des résultats visés (Obyn, Cordon, Kohn, Devos, & Léonard, 2017) qui peuvent être déclinés au niveau macro (national), méso (au niveau des organisations de soins ou local) et au niveau micro (prestataires de soins, patient-es) :

- Les objectifs stratégiques
  - Les objectifs de résultats finaux visent l'amélioration de l'état de santé (la mortalité, la morbidité) ou encore de la qualité de vie.
  - Les objectifs de résultats intermédiaires portent sur les déterminants de la santé pour atteindre les objectifs finaux (comme par exemple, l'accès aux soins, la littératie en santé, les habitudes de vie).
- Les objectifs opérationnels
  - Les objectifs de processus portent sur la façon dont les soins sont délivrés pour améliorer la qualité, l'efficacité, l'accessibilité. Ce sont les actions à mener pour atteindre les objectifs de résultat. Les objectifs de processus sont utiles pour monitorer à court terme l'implémentation des programmes.
  - Les objectifs de structure et d'organisation portent sur des modifications dans la législation, les infrastructures, les ressources humaines, etc.

### 2.4.3. Une approche orientée sur les problèmes et ses limites

La formulation d'objectif SMART est une approche orientée sur les problèmes. Elle débute par l'analyse de la situation actuelle pour identifier les problèmes, pour ensuite sélectionner ce qui doit être amélioré et déterminer les actions à entreprendre (Ogbeiwi, 2021). Il est ainsi possible de formuler des objectifs SMART en partant des problèmes déjà bien documentés et quantifiés (comme par exemple les infections nosocomiales).

Le nombre d'objectifs SMART doit être limité pour bien circonscrire le problème posé au départ avec des ajouts éventuels au fur et mesure de la réflexion (en particulier pour les objectifs opérationnels). Il faut veiller à ne pas tomber dans l'excès d'objectifs pour une problématique particulière car il s'agit avant tout d'un outil pour guider la

réflexion sur l'amélioration des soins de santé (pour définir des actions et mesurer les progrès réalisés) et non pas d'un outil de contrôle. En complément, il peut être intéressant de suivre d'autres indicateurs mais ils doivent être bien distingués des objectifs SMART.

La première limite à ce type d'approche est liée au fait que tous les problèmes ne sont pas mesurés ni mesurables. C'est la raison pour laquelle les politiques de soins de santé doivent également être guidées par des objectifs plus généraux non quantifiés pour ne pas rétrécir le champ de la réflexion politique et occulter certains domaines importants (Obyn, Cordon, Kohn, Devos, & Léonard, 2017). En effet, certains problèmes complexes ne peuvent pas être appréhendés à travers une seule mesure. L'intégration des soins ou la centralité des soins sur le-la patient-e sont, par exemple, difficilement quantifiables (Champagne et al., 2005). D'autre part, même en matière de problèmes quantifiables, la performance du système de santé ne peut pas faire l'objet d'une évaluation exhaustive à un instant donné et ce d'abord pour des raisons techniques (par exemple la limite de la disponibilité des données ou des ressources dédiées à l'évaluation). La construction d'indicateurs de performance est également un domaine qui doit évoluer régulièrement en fonction de nouveaux questionnements théoriques possibles, de l'apparition de nouvelles problématiques sociétales, de l'évolution technologique (des nouvelles possibilités de collectes de données ou encore de croisement des bases de données existantes), du progrès médical, de modifications du cadre juridique, des changements dans l'organisation des soins de santé, etc. Cela signifie qu'il est aussi important que la réflexion autour des politiques de soins de santé puisse en retour faire évoluer le contenu de l'évaluation de la performance du système, que le travail puisse être coordonné avec le niveau de l'élaboration des politiques, notamment pour la construction d'indicateurs encore actuellement manquants ou nouvellement indispensables. Il faut cependant noter que de nombreux indicateurs<sup>5</sup> existent déjà et permettent déjà la formulation d'objectifs SMART, par exemple, au niveau supranational, concernant l'état de santé, l'accessibilité et la promotion de la santé (même s'ils doivent parfois être adaptés au contexte épidémiologique belge). Au niveau fédéral, certains objectifs SMART sont déjà formulés par des acteurs scientifiques, notamment par le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), sous la forme de recommandations de résultats de long terme à

5 La qualité des indicateurs (notamment concernant la fiabilité et la validité) est une question incontournable qui doit être traitée pour faire le choix d'indicateurs.



atteindre ou par des acteurs administratifs tels que l'INAMI à un niveau plus opérationnel, de court terme (Obyn, Cordon, Kohn, Devos, & Léonard, 2017).

Par ailleurs, la focalisation sur les indicateurs peut aussi limiter la réflexion autour d'un objectif étroit tel qu'il est formulé pour définir des actions trop ciblées et risque de ne pas réussir à prendre en compte l'entière d'une problématique. Par exemple, lorsque l'indicateur est calculé pour une population ou une pathologie particulière (comme le dépistage du cancer du sein dans la population vulnérable), cela ne signifie pas pour autant que le problème soulevé ne concerne pas une population ou un ensemble de pathologies plus large qui serait également susceptible de bénéficier des actions. Le risque est le morcellement de la politique de soins de santé sous la forme de la multiplication de programmes d'action d'envergure limitée avec de faibles rendements d'échelle ou qui ne répondent que partiellement aux problèmes. C'est pourquoi, il est essentiel de bien définir et circonscrire le problème à résoudre avant d'élaborer un programme d'actions. Pour ce faire, la réflexion doit être encadrée par un soutien méthodologique (cf. partie 3.1) car les objectifs SMART ne constituent qu'un outil parmi d'autres pour parvenir à des politiques pertinentes susceptibles d'aboutir à des améliorations réelles du système de santé.

Un autre risque est lié au fait d'obtenir une liste non structurée de multiples objectifs sans vision globale stratégique parce que non rattachés aux priorités et aux valeurs sous-jacentes. C'est la raison pour laquelle il est nécessaire de construire une vision structurée des objectifs et des programmes d'actions (Ogbeiwi, 2021). Cette synthèse structurée n'a pas de forme unique car elle doit pouvoir se décliner en fonction du point de départ du problème :

- Par exemple, l'objectif de la lutte contre la sous-utilisation des soins dentaires (un objectif stratégique de résultat intermédiaire, les soins de santé étant un des déterminants de santé cf. partie 2.2.1) peut avoir un programme d'action dans différents domaines comme l'accès financier, la promotion de la santé, la disponibilité de l'offre de soins, etc.
- L'amélioration de l'accès financier (un autre objectif de résultat intermédiaire) pourrait être présentée de façon à avoir une vue d'ensemble des mesures dans cette dimension de la performance, c'est-à-dire en incluant les mesures spécifiquement décidées pour les soins dentaires à côté d'autres mesures possibles (de protection financières ou spécifiques à certains soins de santé).

Ces différentes synthèses structurées aideraient notamment à identifier les possibles interactions ou contradictions entre des actions qui poursuivent des objectifs différents.

#### 2.4.4. Une vision stratégique et les dimensions de la performance du système de santé

La vision stratégique pour le système de santé est tout d'abord encadrée par le *Quintuple Aim* qui relève davantage d'un cadre de valeurs (Schokkaert, et al., 2022; Mahieu, Cès, & Lambert, 2022; INAMI, 2022). Il faut noter également qu'il s'agit d'un cadre pour guider la réflexion qui devrait être davantage défini et adapté pour refléter au plus près les priorités de l'ensemble des acteurs du système de santé. Ces priorités se traduisent nécessairement par des compromis compte tenu, d'une part, du caractère limité des ressources et, d'autre part, de la possibilité d'interactions entre les différents objectifs (Schokkaert, et al., 2022).

En complément du *Quintuple Aim*, des priorités sous la forme d'objectifs généraux<sup>6</sup> de santé et de performance du système de santé sur l'accessibilité financière ont été formulées par le gouvernement en début de législature. L'accord de gouvernement formule les objectifs suivants : « de réduire, d'ici 2030, de minimum 25% les inégalités de santé entre les personnes les plus favorisées et les moins favorisées en matière d'espérance de vie en bonne santé, de réduire le taux de mortalité évitable de 15%, et de revenir dans le "top 10" européen en ce qui concerne le nombre d'années de vie en bonne santé, tout en garantissant une très bonne accessibilité et une bonne couverture » (Accord de gouvernement, 2020). En 2021, un appel à initiatives a permis d'identifier un ensemble de problématiques importantes pour améliorer le système de santé. Les domaines retenus sont : les soins préventifs et maladies chroniques, l'accessibilité des soins, les trajets de soins, la santé mentale, les soins intégrés (INAMI, 2021).

Les objectifs SMART (qui restent à formuler) constituent, quant à eux, un des points de départ possibles de la réflexion autour des politiques de soins de santé (cf. partie 2.2.2.) et sont définis dans le but de déterminer des actions. L'implémentation des actions peut s'étaler sur plusieurs années en fonction des possibilités budgétaires tant que l'objectif n'est pas atteint et qu'il existe encore un potentiel d'amélioration des soins de santé.

6 « Les objectifs généraux sont des buts généraux ou des déclarations sur l'impact à long terme attendu d'une intervention, les visions futuristes et les objectifs généraux d'une organisation » (Ogbeiwi, 2021, p328, nous traduisons).

Le cadre conceptuel développé pour évaluer la performance du système de santé fournit une structure logique détaillée et directement utilisable pour réfléchir de façon plus précise aux améliorations possibles du système de santé, à la fois pour identifier les domaines d'action possibles et les problèmes de performance à résoudre (des signaux d'alerte sont indiqués) (Devos, et al., 2019). Des effets contradictoires sont possibles entre les dimensions (comme pour le *Quintuple Aim*). C'est pourquoi il est indispensable de structurer les objectifs SMART et des actions à mettre en œuvre pour les atteindre en fonction des différentes dimensions pour s'assurer de la cohérence globale interne et anticiper les interactions et les effets négatifs possibles entre les dimensions. Cela permettrait de garantir également que certaines dimensions de la performance des soins ne soient pas simplement occultées. D'autre part, il est aussi utile de structurer l'ensemble des objectifs SMART en lien avec le Quintuple Aim et les objectifs généraux formulés dans l'accord de gouvernement.

Le cadre conceptuel de l'évaluation de la performance du système de santé (Devos, et al., 2019) recoupe la définition de la Couverture Sanitaire Universelle, le but à atteindre pour tout système de santé, au travers de trois dimensions principales : l'accessibilité (incluant l'accessibilité financière), la qualité des soins (comprenant l'efficacité, l'adéquation, la sécurité, la continuité des soins et la centralité des soins) et l'équité. Deux autres dimensions sont ajoutées, l'efficacité et la soutenabilité incluant les projections de l'évolution future de l'offre et la demande de soins et la soutenabilité financière par rapport aux dépenses futures et à leur financement. L'efficacité n'est pas directement liée à la Couverture Sanitaire Universelle. Toutefois, compte tenu du caractère limité des ressources budgétaires au niveau macro, l'amélioration de l'efficacité est un moyen incontournable pour améliorer le système de santé. En revanche, la soutenabilité financière ne peut faire l'objet d'objectifs SMART pour plusieurs raisons. La première est qu'elle ne peut être directement traitée dans le cadre des missions du Comité de l'assurance car elle ne relève pas de sa responsabilité directe. La deuxième raison est théorique, la soutenabilité financière est une question économique complexe qui ne peut être tranchée à l'aide d'indicateurs seuils qui supposeraient l'existence d'un seuil théorique absolu ou acceptable. En outre, cette question renvoie aussi à des choix économiques guidés par des valeurs sociétales, notamment en termes de justice sociale, d'éthique et de solidarité. La crise sanitaire a montré à quel

point la garantie de l'accès aux soins pour les besoins les plus urgents a prévalu sur les répercussions économiques. Pour l'OMS : « un bon système de financement de la santé mobilise des fonds adéquats pour la santé, de manière à ce que les populations puissent recourir aux services nécessaires et soient protégées de la catastrophe financière ou de l'appauvrissement liés au fait de devoir les payer » (Organisation Mondiale de la Santé, 2007, p. 6, nous traduisons). Par ailleurs, la soutenabilité environnementale devrait aussi pouvoir être considérée à un niveau plus opérationnel.

Ainsi les objectifs SMART peuvent être formulés à partir de l'évaluation de la performance du système de santé. En complément, de multiples études peuvent aussi être utilisées pour la formulation d'objectifs SMART.

Le processus décisionnel pour déterminer des objectifs SMART pour le système de santé est une question centrale stratégique qui devrait faire l'objet d'une analyse approfondie<sup>7</sup>. Un facteur important de succès de cette approche est le fait que ces objectifs soient partagés par un ensemble large d'acteur·rices (Obyn, Cordon, Kohn, Devos, & Léonard, 2017) et que les programmes d'action soient élaborés en concertation avec les acteur·rices concernés. Ce sont des objectifs participatifs, ceux-ci s'opposant aux objectifs technocratiques, définis de façon top-down ou aux objectifs autodéterminés (Ogbeiwi, 2021).

## 2.5. La participation étendue des acteur·rices

Dans l'étude réalisée par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé, 2016), les attributs d'un bon leadership les plus cités étaient l'esprit d'équipe, informé et adaptatif. Le premier attribut se construit avec l'ensemble des acteur·rices concerné·es, le deuxième représente un enjeu majeur pour améliorer la gouvernance (cf. partie 2.3.1) et le troisième est essentiel pour opérer les transformations nécessaires du système de santé pour intégrer le progrès médical et technologique et être à même de répondre adéquatement à des changements brutaux dans les besoins sanitaires (il faut noter aussi que ces qualités doivent être présentes dans les autres niveaux de gouvernance du système).

La participation étendue des acteur·rices dans l'élaboration des politiques de soins de santé est avant tout le moyen de disposer d'une analyse plus complète des problèmes

7 A noter que cette question n'a pas pu être abordée car elle requiert des développements trop longs pour un seul article.



considérés en permettant en particulier l'expression des différentes perspectives et la connaissance de l'expérience de terrain des professionnel·les de santé et des utilisateur·rices des services. Elle favorise également une dynamique de réflexion collective autour d'un problème donné qui va bien au-delà de la simple expression des points de vue respectifs des participant·es, en particulier par la constitution d'un savoir commun. La recherche collective de solutions favorise l'innovation par la stimulation de la créativité et des changements dans les représentations des acteur·rices (par rapport au problème visé, au contexte ou encore aux solutions envisageables).

### 2.5.1. Le décloisonnement des savoirs

La complexité des problématiques de santé que ce soit à l'échelle d'une population, d'une communauté ou d'un individu, implique que les choix en matière de politiques de santé s'appuient sur un ensemble diversifié d'éléments tels que des valeurs, des connaissances scientifiques, les points de vue des acteur·rices concerné·es tout en intégrant les incertitudes inhérentes. Un des enjeux de l'élaboration des politiques de soins de santé est tout d'abord la mobilisation adéquate des savoirs existants, en particulier les connaissances tacites basées sur l'expérience, intuitives et dépendantes du contexte, issues de sources différentes (Organisation Mondiale de la Santé, 2016).

Dans le champ de la santé, le premier défi est de permettre une meilleure intégration des connaissances scientifiques dans la réflexion, c'est-à-dire réussir à mobiliser de façon adéquate l'expertise scientifique en accordant une place suffisante au savoir scientifique, en tenant compte de façon suffisamment exhaustive des apports scientifiques et en permettant une appropriation des connaissances par les acteur·rices. Outre les contextes très différents (les horizons temporels, les incertitudes, les questionnements, etc.), la difficulté réside notamment dans le fait que le domaine politique diffère radicalement de celui de la science au sens où les problèmes sont abordés de façon radicalement différente. Du côté de la science, les problèmes sont abordés sous un angle technique alors que les décideur·euses politiques les appréhendent davantage comme un processus de négociation de solutions pour avoir le soutien majoritaire (Sienkiewicz & Mair, 2020). Les choix politiques ne peuvent toutefois pas être guidés uniquement par la perspective scientifique. La prise de décision politique doit également tenir compte d'un ensemble varié de considérations non moins recevables, telles que les valeurs sociétales comme l'équité, la solidarité ou encore l'éthique, le cadre législatif, le contexte social, économique, les points de vue des

acteur·rices impacté·es directement ou indirectement, etc. La crise sanitaire illustre particulièrement bien la nécessité de tenir compte d'un ensemble large de points de vue et d'intérêts afin de s'assurer que la prise de décision politique soit suffisamment éclairée (par une meilleure anticipation de l'ensemble des conséquences potentielles et un choix argumenté). Dans un contexte d'urgence, la difficulté de l'exercice de concertation est exacerbée par le besoin de réaction rapide de la part des décideurs politiques.

L'enjeu est en premier lieu d'ordre procédural pour s'assurer que les apports scientifiques ne soient pas occultés dans le processus d'élaboration des politiques de soins de santé afin de prévenir autant que possible le risque de désinformation, de méconnaissance des sujets abordés ou des difficultés ou encore des mauvaises perceptions. En deuxième lieu, il s'agit également de favoriser l'appropriation des apports scientifiques par les acteur·rices pour soutenir la réflexion collective (par exemple, sur le bon usage des indicateurs). La mobilisation de l'expertise scientifique est aussi un moyen de mieux distinguer ce qui relève de la connaissance scientifique de ce qui se rapporte à des valeurs, des croyances ou des intérêts particuliers. Une partie seulement de l'ensemble de la production scientifique est cependant utile, c'est-à-dire construite pour répondre à des préoccupations politiques. Ce critère est important à considérer dans une perspective de long terme pour permettre une collaboration plus étroite entre les acteurs politiques et la recherche scientifique et renforcer ainsi l'impact de la recherche sur la société (Sienkiewicz & Mair, 2020). Un autre risque à considérer est l'excès d'information qui viendrait noyer les résultats de recherche les plus pertinents. C'est pourquoi il est indispensable de prévoir un travail de synthèse des apports scientifiques les plus pertinents pour soutenir la réflexion au niveau politique.

L'expertise profane, c'est-à-dire non scientifique, doit également être mobilisée pour prendre en considération l'ensemble des points de vue des acteur·rices directement affectés par le problème visé, c'est-à-dire en premier lieu le point de vue des patient·es et des aidant·es proches et plus largement celui de la population. La connaissance détenue par les patient·es est reconnue comme étant complémentaire de la connaissance scientifique (Kohn, Dauvin, & Cleemput, 2021). L'expertise des patient·es est liée à leur expérience personnelle, c'est-à-dire au savoir expérientiel, que ce soit en matière de connaissance des pathologies (par la perception des signaux ou des symptômes) ou encore de connaissance des soins de santé en tant qu'utilisateur·rice. Dans le domaine de la recherche scientifique, la contribution des patient·es est reconnue utile du fait de leur expertise

unique. Dans le cadre des activités de recherche du KCE (Kohn, Dauvrin, & Cleemput, 2021), le bénéfice d'impliquer les patient-es en tant qu'expert-es a été reconnu notamment pour identifier les besoins des patient-es (insatisfaits ou prioritaires), les difficultés, les problèmes que les patient-es rencontrent ou encore pour recueillir des informations non connues a priori par les médecins (par exemple sur des questions pratiques de faisabilité dans la vie de tous les jours) de façon à améliorer l'acceptabilité des résultats de recherche. Impliquer les patient-es suppose toutefois certaines conditions pour garantir que les patient-es choisi-es ne soient pas influencé-es par des intérêts privés et qu'ils et elles soient bien formé-es.

L'expertise de terrain des professionnels est un savoir complémentaire qu'il est également nécessaire d'intégrer pour réfléchir aux possibilités de changements. La mobilisation de cette connaissance est en effet essentielle à l'innovation.

La complémentarité des savoirs est indispensable à l'exercice d'élaboration des politiques mais elle n'est pas suffisante pour aborder les problèmes complexes (Maesschalck, 2021). La gouvernance participative n'a pas seulement pour ambition de permettre la simple consultation des acteur-rices concerné-es. L'enjeu est de permettre aux participant-es de mener une réflexion collective autour d'objectifs communs à toutes les étapes, que ce soit en amont de l'élaboration des politiques ou en aval lors de l'évaluation de leurs effets. Ce travail suppose constitution d'un savoir-faire et d'un savoir commun.

### 2.5.2. La collaboration, un processus d'apprentissage

La co-construction des politiques de soins de santé repose principalement sur la capacité des acteur-rices à collaborer pour résoudre collectivement des problèmes qu'ils jugent prioritaires. La configuration de la co-construction dans le cadre de la réforme budgétaire est a priori favorable car les acteur-rices se regroupent autour d'objectifs communs en vue de proposer des solutions concertées. Toutefois, la capacité à collaborer relève plus largement de la mise en place d'une culture de collaboration chez des acteur-rices, aux profils très hétérogènes (par rapport à la formation, la culture de travail, les responsabilités, les rôles, les intérêts, etc.), qui ne sont pas habituellement amenés à collaborer dans d'autres lieux (dans le contexte professionnel ou autre). Pour les mutualités et les dispensateur-rices de soins, les interactions formelles qui ont lieu se font dans le cadre de la concertation budgétaire annuelle sur la négociation d'accords tarifaires. Il est important de

reconnaitre la difficulté de l'exercice de façon à proposer un cadre favorable à la réalisation effective de la collaboration à toutes les étapes, y compris dans les processus décisionnels. Ainsi, la collaboration procède de la capacité des participant-es à apprendre de nouvelles formes d'interaction. Cela suppose de la part des acteur-rices une certaine aptitude à s'approprier la démarche participative (notamment le respect du formalisme des procédures) et d'accepter de s'engager dans un processus de réflexion qui implique parfois de faire évoluer substantiellement les positions respectives des participant-es que ce soit par rapport aux représentations, aux perceptions du problème visé, des facteurs contextuels, des réponses possibles, etc. (Maesschalck & Blésin, 2009). Cette collaboration devrait faire aussi l'objet d'un retour d'expérience afin de pouvoir améliorer les procédures au fil du temps (Maesschalck, 2008).

### 2.5.3. La constitution d'un savoir-faire

Un des enjeux de la participation est l'acquisition d'un savoir-faire commun pour élaborer les politiques de soins de santé. Pour commencer, il est indispensable d'initier la réflexion collective en s'appuyant sur des outils méthodologiques (cf. partie 3) pour synthétiser la connaissance, définir le problème visé, s'assurer que les questionnements sont suffisamment complets et pertinents pour que les actions proposées soient à même de répondre au problème visé, non seulement d'un point de vue théorique mais aussi au niveau opérationnel et qu'elles n'entrent pas en contradiction avec les autres objectifs poursuivis et les valeurs du système de santé. À terme, les participant-es devraient aussi pouvoir s'approprier ces outils et méthodologies.

La capacité des acteur-rices à acquérir les compétences pour élaborer les politiques de soins de santé ne dépend pas seulement de leur implication dans les phases de réflexion autour de l'objectif commun et dans la prise de décision sur les programmes d'action. L'apprentissage est aussi favorisé lorsque les acteur-rices sont impliqués dans l'ensemble des phases, c'est-à-dire également dans la phase d'implémentation et de suivi (Maesschalck, 2008). La démarche participative doit aussi pouvoir être engagée dans la durée (c'est-à-dire pas seulement pour formuler des propositions) pour réaliser le monitoring des actions par rapport aux objectifs fixés et procéder à des ajustements continus. Cela implique aussi une forme d'apprentissage pour développer la capacité de monitorer l'impact des décisions, tenir compte des éventuels changements dans les données du problème (telles que des avancées médicales) ou du contexte et ajuster en conséquence.

Cette démarche évaluative peut aussi induire la révision de certains présupposés, positionnements, ou décisions passées.

#### 2.5.4. La constitution d'un savoir commun

Au-delà de l'apprentissage de la collaboration entre les participant-es, l'élaboration des politiques de soins de santé requiert le développement d'un savoir commun sur la compréhension du problème et de sa résolution. L'approche participative offre les conditions favorables pour apprendre ensemble car l'interaction sociale permet, d'une part, aux personnes de se former et, d'autre part, de construire une compréhension commune qui dépasse les connaissances individuelles (les apprentissages résultent du contexte social dans lequel ils s'opèrent (Jafari Amineh & Davatgari Asl, 2015)). C'est pourquoi il est primordial de porter une attention au contexte, en particulier la façon dont les échanges entre les acteur-rices pour aborder les problèmes complexes (qui échappent à toute forme de solution pré-déterminée). La créativité des participant-es est également favorisée par la mise en œuvre d'un espace d'échange bien formalisé et non jugeant.

## 2.6. Les principes d'une gouvernance participative

Indépendamment du domaine dans lequel des processus participatifs sont mis en œuvre (les soins de santé ou plus largement celui de l'action collective), des principes communs peuvent être identifiés pour mettre en œuvre les conditions favorables à la réflexion collective (Greenhalgh, Jackson, Shaw, & Janamian, 2016). En effet, les processus participatifs, par l'implication d'un ensemble d'acteur-rices varié-es, comportent un certain nombre de risques et de problèmes pratiques qu'il est nécessaire de considérer.

#### 2.6.1. La représentation des acteur-rices

Les processus participatifs doivent permettre l'implication de différent-es acteur-rices de façon ad hoc en fonction des opportunités de contribution et de partage des responsabilités par rapport aux problématiques posées (Organisation Mondiale de la Santé, 2016), indépendamment des rôles et des missions des acteur-rices. La représentation effective des acteur-rices concerné-es est un enjeu central car il y a le risque d'avoir un déséquilibre de pouvoir par rapport à certains intérêts particuliers (Greenhalgh, Jackson, Shaw, & Janamian, 2016; Sienkiewicz & Mair, 2020), le risque le plus aigu étant celui d'avoir des intérêts

représentés qui sont contraires au but poursuivi (par exemple sur des questions de santé publique, telle que la lutte contre le tabagisme). La participation serait dans ce cas plus néfaste que bénéfique (Greer, Wismar, & Figueras, 2016). D'autre part, il est nécessaire de veiller à ce que l'extension de la participation ne renforce pas le pouvoir de certains intérêts déjà bien représentés. Une autre limite à la participation des acteur-rices est la capacité des représentant-es à refléter la perspective de certain-es acteur-rices, notamment les patient-es en raison de la grande hétérogénéité de ce groupe.

#### 2.6.2. La qualité des relations

Les processus doivent accorder une attention particulière aux relations entre les acteur-rices et à la gestion du conflit, inhérent au domaine politique. En effet, un des facteurs de succès est la confiance et la construction de liens entre les participant-es (Greenhalgh, Jackson, Shaw, & Janamian, 2016; Topp, Mair, Smillie, & Cairney, 2020). Lors des interactions, la qualité des relations doit pouvoir être assurée dans l'ensemble des processus (lors des prises de décisions, des prises de paroles, etc.). La qualité de la participation va dépendre de la place accordée à chaque participant-e. Lors des interactions, chacun doit pouvoir contribuer de façon libre et égale aux discussions. La participation, par la mise évidence des conflits, risque de biaiser, de polariser les débats ou encore de bloquer les décisions. Les participant-es peuvent entraver la réflexion collective par des positionnements relatifs à leur rôle historique, aux enjeux de financements ou encore à la division du travail (Greenhalgh, Jackson, Shaw, & Janamian, 2016). Greenhalgh souligne toutefois également l'importance des conflits et de leur gestion car ils permettent de mettre en lumière certains aspects ou problèmes importants qu'il est indispensable de considérer pour faire avancer la réflexion. La gestion des conflits, lorsqu'elle est correctement réalisée est perçue comme n'étant « pas simplement saine et constructive, mais un processus essentiel pour parvenir à un changement réussi dans un système complexe adaptatif » (Greenhalgh, Jackson, Shaw, & Janamian, 2016, p. 147, nous traduisons).

#### 2.6.3. Le processus décisionnel

Le processus décisionnel est aussi central et certains auteurs soulignent le fait que l'atteinte d'un consensus n'est d'ailleurs pas toujours possible et ne doit pas non plus être un but en soi (Greer, Wismar, & Figueras, 2016). La règle du plus petit dénominateur commun ne peut prévaloir lorsqu'il s'agit de déterminer des politiques de soins de santé car

les choix possibles risqueraient d'être considérablement limités au regard des objectifs visés. L'enjeu n'est pas de négocier mais de résoudre collectivement des problèmes complexes.

Le processus décisionnel doit rester transparent et accepté par tou-tes, c'est-à-dire que le résultat ne doit pas être modifié ou manipulé en dehors des processus participatifs. Le rôle des décideur-euses, dans ce cadre, est alors un rôle de formalisateur de la décision collective. La motivation à participer est aussi influencée largement par la façon dont la participation est organisée, en particulier par rapport à la prise de décision.

C'est pourquoi les procédures doivent permettre d'échanger pour que les positions des participant-es puissent évoluer en portant une attention à la clarification des idées pour aboutir à une compréhension commune (Organisation Mondiale de la Santé, 2016). C'est également un des critères essentiels pour favoriser l'innovation, l'organisation des échanges doit accorder suffisamment de place aux questionnements et à l'argumentation pour que les positions évoluent et que les propositions puissent être soutenues par le groupe : « la prise de décision se fonde sur la validation consensuelle. Il ne s'agit pas de parvenir à un compromis général, mais plutôt à un accord appuyé par toutes les parties concernées et cela après que chacune d'entre elles a eu la pleine opportunité d'exprimer ses préoccupations, obtenu l'assurance d'être comprise et participé à la constitution de la meilleure solution possible. Le critère de réussite dans un tel effort d'innovation est le degré de partage par toutes les parties concernées d'un "sens commun" ou d'un construit social sur la nouvelle orientation à suivre » (Bouwen & Fry, 1993, p. 12).

Par ailleurs, la vision commune, qui se construit au fur et à mesure, doit pouvoir être documentée et accessible à l'ensemble des participant-es pour favoriser la compréhension commune et prévenir autant que possible les malentendus, les imprécisions, les ambiguïtés, etc. C'est pourquoi la traçabilité des échanges entre les participant-es est tout à fait essentielle pour suivre le cheminement de la réflexion collective car celle-ci est susceptible d'évoluer de façon substantielle sur des sujets complexes (Maesschalck & Blésin, 2009; Foudriat, 2019).

#### 2.6.4. Des ressources nécessaires

Enfin, l'engagement des acteur-rices dans des processus participatifs nécessite des ressources : le temps (passé à échanger mais aussi le travail en amont pour préparer les

discussions), l'expertise dans les méthodes participatives pour structurer, formaliser et animer les échanges entre les acteur-rices (par une facilitation professionnelle) (Greenhalgh, Jackson, Shaw, & Janamian, 2016). Compte tenu de la diversité des intérêts représentés et de leur possible concurrence, les résultats des processus participatifs vont dépendre de la qualité du leadership et des ressources dédiées (Greenhalgh, Jackson, Shaw, & Janamian, 2016).

Il faut enfin souligner que la gouvernance doit être envisagée comme un processus qui s'implémente dans la durée. Les processus participatifs doivent s'inscrire dans une dynamique d'apprentissage mutuel et individuel permettant d'installer durablement un rapport de confiance entre les participant-es pour une meilleure collaboration. Il a été observé que cette dynamique positive est également susceptible d'avoir un effet d'entraînement à l'extérieur (Greenhalgh, Jackson, Shaw, & Janamian, 2016). Néanmoins, tous les ingrédients de cette dynamique peuvent ne pas être réunis, et en particulier lors du démarrage des processus participatifs. Le risque serait alors que les acteur-rices présents restent attaché-es à des perspectives individuelles au lieu d'adopter une compréhension mutuelle, ce qui nuirait à la vision partagée quant aux problèmes visés et leur résolution collective. C'est une des raisons pour laquelle les processus participatifs doivent avant tout être envisagés comme des processus d'apprentissage et d'adaptation continus.

Ainsi, si le besoin d'une gouvernance participative est bien reconnu pour les soins de santé, au regard des divers problèmes potentiels qui ont été relevés, il n'en demeure pas moins que sa mise en œuvre constitue un défi. La partie ci-dessous décrit un ensemble de méthodologies participatives qui permettent non pas de supprimer les difficultés mais d'initier une nouvelle façon d'aborder la collaboration de façon plus productive et créative pour élaborer les politiques de soins de santé.

### 3. Les approches méthodologiques pour soutenir la co-construction des politiques de soins de santé

#### 3.1. Les méthodologies de Design

##### 3.1.1. Définition et applications

Les méthodologies de Design sont particulièrement intéressantes pour résoudre des problèmes complexes pour lesquels il n'existe pas a priori de solutions connues ou de résultat prévisible (Roberts, Fisher, Trowbridge, & Bent, 2016). « Les approches fondées sur le Design sont de nature systémique, explorent un contexte complexe à l'aide de méthodes visuelles, rassemblent plusieurs disciplines pour donner un sens à l'espace du problème et formulent des propositions axées sur la qualité de l'expérience du point de vue des bénéficiaires finaux » (Rudkin & Rancati, 2020, p. 146, nous traduisons). Ces méthodologies sont issues de disciplines variées comme par exemple la psychologie et l'anthropologie. Elles s'appuient sur des stratégies de collecte de données diversifiées utilisées dans les sciences sociales (par exemple la synthèse des connaissances existantes, l'observation in situ, les interviews approfondis des acteur·rices, les focus groupes ou encore des ateliers de co-création, etc.) (Stickdorn, Lawrence, Hormess, & Schneider, 2019), l'objectif étant de rassembler les données nécessaires pour les synthétiser de façon suffisamment concise et compréhensible. Notre objectif ici n'est pas décrire l'ensemble des méthodologies que recouvre le Design mais d'expliquer leur intérêt lorsqu'appliquées au secteur des soins de santé.

Le domaine d'application des approches fondées sur le Design est étendu, il s'adresse aussi bien au domaine politique (Troussard, et al., 2016) qu'à celui des services, le Service Design (Stickdorn, Lawrence, Hormess, & Schneider, 2019). Utilisées dans le domaine de l'élaboration des politiques, les approches par le Design sont des outils stratégiques pour favoriser l'innovation et transformer la façon d'aborder collectivement les problèmes dans les champs d'action du secteur public. L'expérience d'élaboration de politiques en Europe montre comment ces méthodes ont permis de faire aboutir les réflexions autour de problèmes complexes et variés (Troussard, et al.,

2016). Lorsqu'appliquées aux services, les méthodologies de Service Design visent l'amélioration des services afin de les rendre plus désirables, utiles, utilisables, efficaces et efficaces (Stickdorn, Lawrence, Hormess, & Schneider, 2019). Une recherche rapide des publications montre que le domaine d'application du Design pour les soins de santé est étendu (Altman, Huang, & Breland, 2018; Pfannstiel & Rasche, 2019; Weller & Pallez, 2017; Stickdorn, Lawrence, Hormess, & Schneider, 2019; Weller & Pallez, 2017), que ce soit pour des pathologies (par exemple, la bronchopneumopathie chronique obstructive, le diabète, la santé mentale) ou pour améliorer les processus de soins (par exemple la gestion du flux de patient·es, les aidant·es proches, l'intégration des soins, l'introduction de technologies digitales, la conception de trajet de soins, la sortie d'hôpital, l'expérience des patient·es au service des urgences ou encore la réduction du délai de diagnostic du cancer du sein). En Suède, l'approche par le Design dans le secteur des soins de santé est organisée sous la forme d'un « laboratoire », Experio lab<sup>8</sup>.

Quelques exemples illustratifs peuvent être cités :

- La ville d'Oslo a cherché une nouvelle approche pour mieux gérer la demande en soins de longue durée pour les personnes âgées fragiles tout en garantissant une amélioration de la qualité (Stickdorn, Lawrence, Hormess, & Schneider, 2019). L'objectif était de définir une vision pour les soins de longue durée en 2025.
- L'hôpital universitaire d'Oslo a réduit le temps d'attente de la prise en charge pour le cancer du sein (réduction 90% du délai) (Stickdorn, Lawrence, Hormess, & Schneider, 2019).
- L'hôpital pour enfant Sant Joan de Déu à Barcelone en 2015 a créé un département de l'expérience patient pour repenser le modèle de soins pour différents types de patient·es (enfants et adolescent·es jusqu'à 18 ans avec un diabète ou une pathologie chronique, enfants étrangers en oncologie ou en orthopédie dont le traitement n'est pas disponible dans leur pays d'origine et les femmes enceintes) en impliquant les patient·es, les familles et le personnel (Stickdorn, Lawrence, Hormess, & Schneider, 2019).

8 <https://experiolab.se/healthcaredesign/?lang=en>



### 3.1.2. L'intérêt des approches fondées sur le Design dans le domaine des soins de santé

Au-delà des résultats directs recherchés, elles offrent de nouvelles perspectives dans la façon d'envisager la collaboration et les transformations des services de santé. Les caractéristiques des méthodologies de Design particulièrement intéressantes pour les soins de santé sont les suivantes :

#### Des soins centrés sur le patient

Les méthodologies de Service Design s'attachent à mieux comprendre les besoins, le vécu et motivations des utilisateur-rices, par le développement de l'empathie, et à garantir que leur point de vue sera pris en considération, en complémentarité avec les points de vue des autres acteur-rices (Roberts, Fisher, Trowbridge, & Bent, 2016; Malmberg, et al., 2019). Les principes du Service Design sont ainsi cohérents avec le nouveau paradigme des soins centrés sur le-la patient-e sur divers aspects (Malmberg, et al., 2019) :

- le-la patient-e est perçu comme étant l'expert-e de « son expérience et de sa propre vie » ;
- le fait d'adopter une perspective holistique sur la vie du patient ou de la patiente et son expérience avec un focus élargi à ses besoins (plutôt qu'aux solutions) ;
- le fait de reconnaître que la valeur du service est co-créée par l'ensemble des parties impliquées dans le service, y compris les utilisateur-rices ;
- ou encore d'opérer un transfert de pouvoir entre les prestataires de soins et les patient-es.

Les processus participatifs permettent d'équilibrer les relations de pouvoir par la participation d'acteur-rices a priori stratégiquement moins bien représentés au niveau institutionnel. En accordant une place centrale à l'expérience subjective telle que vécue par l'ensemble des acteur-rices, c'est-à-dire en incluant à la fois la perspective des professionnel-les et celles des utilisateurs-rices, ces méthodologies visent à mieux comprendre les interactions et les expériences dans une démarche d'amélioration des services (Vinck, Prestes Joly, Wetter-Edman, Tronvoll, & Edvardsson, 2019). L'engagement des utilisateur-rices finaux-ales dans les processus participatifs favorise des résultats positifs, en particulier l'amélioration de leur expérience. Dans le domaine de l'élaboration des politiques,

son potentiel réside dans le fait de favoriser une meilleure compréhension du réel en permettant d'élargir la vision commune sur les problèmes par la prise en considération des divers points de vue et perspectives. Le fait de placer l'expérience des utilisateur-rices au centre des réflexions permet de penser des politiques plus inclusives et plus à même répondre à leurs besoins (Rudkin & Rancati, 2020). En particulier, ce type d'approche permettrait d'améliorer l'acceptabilité des soins (« des prestations de soins qui satisfont au besoin minimum de qualité perçue pour que les personnes acceptent de recourir aux soins de santé » (Cès, 2021)).

#### La multidisciplinarité

Les soins de santé sont organisés au sein d'un écosystème complexe structuré en silo, autour de disciplines distinctes avec une division forte des rôles, des responsabilités, des savoirs suivant des logiques institutionnelles parfois concurrentes. La multidisciplinarité<sup>9</sup> est un moyen d'aborder cette complexité institutionnelle qui implique de nouvelles pratiques d'innovations notamment par l'explicitation des divergences possibles d'intérêts, de pratiques, de représentations et de points de vue (Vinck, Prestes Joly, Wetter-Edman, Tronvoll, & Edvardsson, 2019). Pour résoudre les problèmes transversaux qui nécessitent une vision globale des services, il est nécessaire d'intégrer des connaissances de différentes disciplines mais aussi d'engager les acteur-rices concerné-es pour favoriser les interactions créatives, en particulier à partir d'idées ou positions différentes (Roberts, Fisher, Trowbridge, & Bent, 2016; Vinck, Prestes Joly, Wetter-Edman, Tronvoll, & Edvardsson, 2019).

#### Des pratiques expérimentales

Un des atouts des méthodologies de Design est le prototypage pour expérimenter et prétester rapidement (Rudkin & Rancati, 2020). Le prototypage « vise à générer et à tester plusieurs hypothèses alternatives et stratégies divergentes avant de sélectionner la ou les meilleures options disponibles pour les améliorer » (Roberts, Fisher, Trowbridge, & Bent, 2016, p. 13, nous traduisons). Cette phase expérimentale vise à explorer des possibilités et tester rapidement des solutions de façon itérative avant leur implémentation (pouvant inclure des aspects légaux et techniques). Dans cette phase, l'échec des solutions est utilisé pour améliorer de façon itérative les propositions. L'expérimentation à un

9 Ce principe de multidisciplinarité est d'ailleurs explicitement énoncé dans le code de la santé publique en France sur l'expertise sanitaire qui se définit suit : « L'expertise sanitaire répond aux principes d'impartialité, de transparence, de pluralité et du contradictoire » Art. L. 1452-1, Chapitre II : Expertise sanitaire (Articles L1452-1 à L1452-3) - Légifrance (legifrance.gouv.fr)

stade précoce avec les utilisateur·rices permet d'économiser des ressources et du temps, de se prémunir des erreurs évitables, de mieux anticiper les effets avant la mise en œuvre et d'aboutir à des interventions pertinentes du point de vue des acteur·rices (Roberts, Fisher, Trowbridge, & Bent, 2016). Au-delà des problèmes visés, les pratiques de Design sont également l'occasion d'expérimenter à petite échelle des collaborations autour d'intérêts communs (par exemple, en Suède, le projet de co-création de soins centrés sur le·la patient·e pour les personnes avec une maladie chronique dans le cadre des soins primaires) qui peuvent être précurseurs de formes nouvelles de travail institutionnalisés à plus grande échelle (Vinck, Prestes Joly, Wetter-Edman, Tronvoll, & Edvardsson, 2019; Roberts, Fisher, Trowbridge, & Bent, 2016).

### **Des outils de communication**

Les outils et visualisations, appelés « boundary objects » sont utilisés afin d'adopter un langage commun et permettre la co-création multidisciplinaire pour rassembler les participant·es au-delà de la segmentation institutionnelle, professionnelle, des responsabilités, des rôles, etc. Différents types d'outils de visualisation existent tels que les cartes (par exemple les cartes de trajets de services) ou autres outils de représentation. Par exemple, les « personas » sont des outils utilisés pour représenter un profil type d'un groupe particulier d'utilisateur·rices ou d'autres acteur·rices. Ils permettent de considérer l'hétérogénéité des profils des utilisateur·rices qui ne peut être représentée par les participant·es (cf. partie 2.4.1). Ces outils sont complémentaires aux échanges verbaux et écrits à toutes les étapes et viennent en appui à la réflexion pour favoriser l'émergence de nouvelles interprétations, concepts, idées, etc. (Rudkin & Rancati, 2020). Les outils de communication créent un terrain commun que chacun peut s'approprier et soutiennent l'attention des participant·es sur les thématiques traitées. Les outils tangibles manipulables sont également possibles et offrent de nouvelles modalités d'expression et de communication plus favorables à la créativité que l'échange verbal ou écrit (Rygh & Clatworthy, 2019).

### **L'innovation**

Dans le domaine de la santé, innover représente un défi majeur car cela suppose des changements substantiels dans les dispositifs institutionnels rigides par nature, que ce soit par rapport aux normes, croyances, valeurs ou représentations. L'innovation de service peut être définie de la façon suivante : « l'innovation de service est vue comme un processus novateur d'intégration des ressources afin de permettre de nouvelles formes de co-

création de valeur entre les acteurs » (Vinck, Prestes Joly, Wetter-Edman, Tronvoll, & Edvardsson, 2019, p. 21, nous traduisons).

Les designers assurent un rôle de facilitateur pour collecter, écouter et synthétiser les différentes perspectives et guider la réflexion collective. Le·la designer n'est pas le « propriétaire de la solution » mais est le·la propriétaire de « l'espace de réflexion ». Il·elle permet la coexistence de toutes les positions différentes et une vision systémique. En stimulant la compréhension mutuelle du rôle de chacun·e des participant·es, ces pratiques collaboratives peuvent modifier sensiblement les points de vue, les représentations ou encore les croyances. L'innovation est aussi favorisée par le fait que le Service Design inclut une phase de recadrage du problème ce qui implique parfois une réorientation de la recherche de solution ou une évolution des solutions envisagées au fur et à mesure de la réflexion. Il faut noter que différentes options peuvent être envisagées en parallèle pour résoudre les problèmes complexes, en particulier en cas de divergences de points de vue, de conflits (cf. partie 2.4.3) pour éviter notamment de choisir le mauvais problème à résoudre. La nature complexe des problèmes implique que les solutions ne peuvent être préconçues sans un processus de réflexion collective organisé par étapes. Le caractère itératif de la démarche de Design part du principe qu'il est nécessaire « d'apprendre au fur et à mesure » pour obtenir de nouvelles propositions et idées. Ces méthodologies visent explicitement à favoriser la créativité des participant·es en mettant l'accent sur l'exploration, sans jugement, de pistes divergentes, d'idées variées à l'aide d'outils et de techniques.

Par la mise en évidence des éventuelles contradictions dans l'organisation des services, ces méthodologies offrent également l'opportunité de modifier sensiblement les habitudes ou les fondements sur lesquels s'appuie l'organisation. Au-delà de la recherche de solutions, les approches par le Design proposent une nouvelle philosophie pour concevoir les transformations, basées sur la participation et la réflexivité que les acteur·rices peuvent s'approprier plus largement pour soutenir la dynamique d'innovation au sein des organisations. Il a été observé que le recours aux outils de Design est également susceptible d'engendrer des changements qui dépassent le cadre dans lequel ils sont utilisés, par la stimulation de la collaboration, de la participation et l'adoption de routines davantage centrées sur l'utilisateur·rice.

Les différentes étapes de Design de politique sont présentées dans la figure 1.

L'étape 1 d'exploration est essentielle pour découvrir des aspects du problème qui ne sont pas toujours apparents. Le risque est de simplifier le problème, ce qui nuirait à la qualité de la deuxième phase de recherche de sens. Les deux premières étapes visent un apprentissage mutuel approfondi par les participant-es, préliminaire à l'étape de recherche de solutions, d'idées, pour répondre au problème posé. A l'étape 3, différentes idées sont comparées et celles qui ont le plus de potentiel sont sélectionnées (une ou plusieurs). L'étape 4 est la phase de test des idées sélectionnées pour obtenir un prototype qui puisse être implémenté et l'étape 5 est la phase d'opérationnalisation.

En pratique, la qualité des interactions entre les participant-es est essentielle pour favoriser la compréhension commune des problèmes complexes et stimuler la réflexion collective. Les méthodologies de Design organisent les interactions entre les participant-es sous la forme de conversations structurées (par la gestion du temps et le

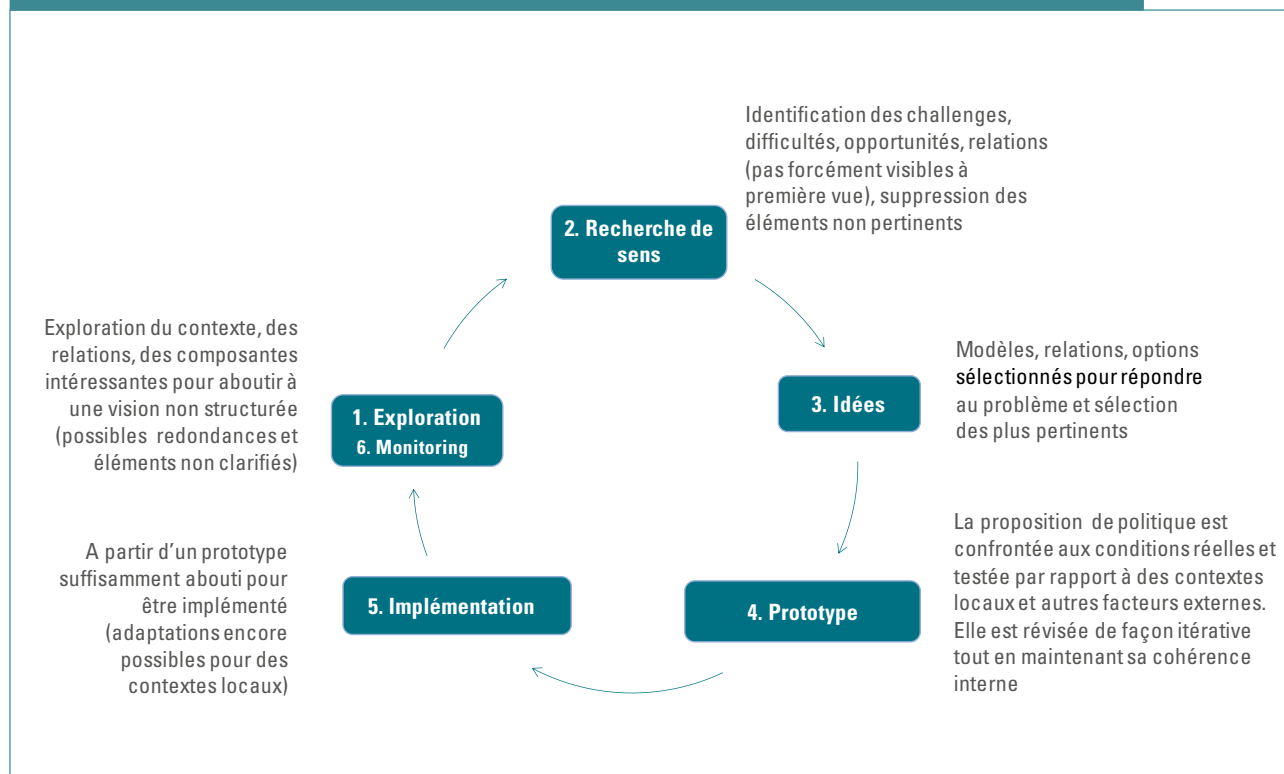
recours à des méthodes participatives, voir aussi partie 3.1.). Les rencontres requièrent un travail de préparation en amont en vue d'élaborer le déroulement précis des rencontres et les questions abordées (Troussard, et al., 2016).

### 3.1.3. D'autres méthodologies participatives

Il existe d'autres méthodologies plus génériques et moins sophistiquées (qui peuvent aussi être utilisées dans les méthodologies de Design) qui pourraient être utiles selon les contextes et problématiques abordées comme le participatory leadership<sup>10</sup> (Scordialos, et al.) ou « The Art of Hosting »<sup>11</sup>. De multiples techniques existent et se caractérisent par des procédures formalisées et des applications bien définies. Les participant-es sont invité-es à interagir selon des règles précises. Quelques exemples peuvent être cités :

- La méthode du world café est sans doute la mieux connue. Le principe est de susciter un dialogue autour de questions importantes par l'organisation de petits

Figure 1: Les processus de Design de politique (adapté de Troussard, et al., 2016)



10 « Le leadership participatif est un processus structuré comprenant des outils, des méthodes, une réflexion conceptuelle et une approche systémique pour galvaniser les dynamiques de groupe et organisationnelles. Bien qu'il soit axé sur les groupes, il s'étend de l'individu aux équipes, en passant par des organisations et des communautés entières. L'approche a été utilisée pour assurer l'alignement et l'action dans des situations complexes grâce à des conversations approfondies et facilitées. » (Voir <https://participatoryleadership.eu/index.php/faq-s>)

11 <https://artofhosting.org/fr/>

groupes de conversation (4 ou 5 personnes) avec une personne hôte pour prendre des notes. A chaque tour, les personnes changent de groupe et reprennent la conversation là où elle s'est arrêtée au tour précédent. La phase finale vise à rassembler ce qui a été discuté. La question de départ peut éventuellement évoluer au fil des discussions. Les applications possibles sont multiples : établir des connexions entre les participant-es, explorer ou mener une réflexion collective approfondie ou encore planifier des actions.

- La dissension rituelle est une méthode pour tester et renforcer des propositions et idées. L'objectif est de tester la robustesse et la résilience de plan d'actions (il s'agit donc plutôt d'une méthode qui s'insère dans un processus plus large). La procédure est précise et doit être respectée pour obtenir des résultats intéressants. Une personne soumet la proposition à un petit groupe, explique pendant quelques minutes pour ensuite écouter sans intervenir, (en se mettant de dos pour ne pas personifier ce qui est soumis), la discussion qui s'engage par rapport aux critiques et alternatives possibles. L'apprentissage vaut à la fois pour la personne qui soumet une proposition et les participant-es qui évaluent. Plusieurs tours de discussion en petits groupes sont réalisés.
- La pratique du Cercle est une méthode pour centrer une conversation, ce qui peut contribuer à faire avancer des négociations. Le principe est de porter l'attention sur le problème qui est placé symboliquement au centre du cercle. Chacun parle à tour de rôle.

Dans la même philosophie participative horizontale, l'Holacracy<sup>12</sup> est une méthode de management des organisations qui propose un processus décisionnel intéressant lors de réunions stratégiques. Le déroulement est régi par des règles précises pour s'assurer notamment que le point de vue de chacun-e des participant-es puisse être entendu. Plusieurs étapes sont définies et les possibilités de réactions et d'interactions entre les participant-es sont bien délimitées avec à chaque étape un objectif précis (soumission d'une proposition, demande de clarification, possibilité de réaction par rapport à la proposition, modifications possibles de la proposition en fonction de la discussion qui précède, tour d'objections argumenté, phase d'intégration par une discussion ouverte sur les amendements possibles pour répondre aux objections et au problème visé par la proposition soumise au départ).

Ces méthodologies montrent à quel point il est essentiel d'encadrer les discussions entre les acteur-rices selon des procédures et des règles bien définies pour favoriser des dialogues constructifs qui permettent de faire avancer la réflexion collective.

### 3.2. La synthèse de la co-construction

La co-construction des politiques de soins de santé repose sur différentes composantes :

- **Une vision stratégique** pour le système de santé avec un cadre de valeurs communes définies précisément, des objectifs généraux et des objectifs SMART partagés.
- **Une gouvernance participative** :
  - la création d'un espace d'échange et de réflexion formalisée pérenne :
    - la participation des acteur-rices concerné-es déterminée de façon ad hoc en fonction des problématiques abordées, dans toutes les étapes d'élaboration et d'ajustement des programmes d'action,
    - avec une facilitation externe experte en approches participatives,
    - des interactions encadrées par des principes et des règles formalisées et transparentes, en particulier par rapport au processus décisionnel, à la gestion des conflits, avec le recours à des méthodologies participatives ;
  - une évaluation régulière de la gouvernance par les participant-es et des adaptations au cours du temps pour améliorer les procédures ;
  - la gestion et la synthèse de la connaissance existante et produite (des apports scientifiques pertinents, des échanges entre les participant-es et de l'état d'avancement de la réflexion collective) ;
  - des moyens financiers pour couvrir les frais de participations et le soutien méthodologique.
- **Des cycles itératifs d'amélioration** :
  - un processus d'apprentissage continu de la collaboration et de l'élaboration des politiques de soins de santé pour les acteur-rices impliqué-es ;
  - une évaluation indépendante de la performance du système de santé et coordonnée avec les politiques de soins de santé ;
  - des cycles d'amélioration itératifs qui passent par des étapes formalisées (définition du problème, pro-

12 <https://www.holacracy.org/>

positions, implémentation, monitoring, ajustements et adaptations).

- **La publication d'un rapport annuel** comprenant :
  - la vision stratégique et les plans d'action proposés ;
  - l'état d'avancement de l'opérationnalisation et de l'implémentation des actions ;
  - le monitoring de l'impact des actions et évaluation de l'atteinte des objectifs opérationnels et stratégiques ;
  - le compte rendu des activités des groupes de travail autour des objectifs et l'évaluation des processus participatifs.

## 4. Conclusion

La reconnaissance de la complexité du système de santé, des nombreux défis auxquels il doit faire face et des incertitudes multiples appelle à de nouvelles formes de collaboration, de culture de travail pour s'engager dans une dynamique vertueuse de cycles d'apprentissage et d'amélioration. Pour permettre la réalisation de cette dynamique, la co-construction des politiques de soins de santé, visant à transformer le système de santé de façon participative et itérative, est une nouvelle mission pour les acteur·rices qui requiert la mise en œuvre d'espaces d'échanges et de réflexion transdisciplinaires pérennes. Cette proposition est cohérente avec le concept de systèmes de santé apprenants créateurs de valeur (*value-creating learning health systems*), définis de la façon suivante : « des écosystèmes de santé dynamiques où les dimensions scientifiques, sociales, technologiques, politiques, juridiques et éthiques sont alignées de manière

synergique pour permettre aux cycles d'apprentissage et d'amélioration continus d'être routinisés et intégrés dans l'ensemble du système, augmentant ainsi la valeur grâce à un équilibre optimisé des impacts sur l'expérience du patient et du prestataire, la santé de la population et les coûts du système de santé » (Menear, Blanchette, Demers-Payette, & Roy, 2019, p. 3, nous traduisons). Même si le concept de valeur est complexe à définir en raison des multiples intérêts légitimes à faire prévaloir, des équilibres acceptables peuvent être réalisés, résultant de processus participatifs ouverts permettant la prise en considération de l'ensemble des connaissances existantes, expérientielles, scientifiques, contextuelles (Menear, Blanchette, Demers-Payette, & Roy, 2019).

Au-delà du changement de paradigme de leadership pour le système de santé, la co-construction constitue une nouvelle voie pour stimuler l'innovation dans le domaine des soins de santé qui dépasse les approches bottom-up et top-down dans un dispositif horizontal plus représentatif et dynamique.

Compte tenu de la complexité, de l'ampleur et de la diversité des enjeux, le soutien méthodologique s'avère indispensable. En particulier, les approches fondées sur le Design offrent un cadre méthodologique particulièrement complet et adapté aux problématiques des soins de santé. Les transformations à venir du système de santé vont fortement dépendre de la façon dont les problèmes sont abordés et réfléchis et des moyens qui y seront consacrés. L'enjeu est d'offrir un cadre méthodologique pour la gouvernance qui soit bien formalisé et structurant tout en permettant de rester suffisamment souple et adaptatif pour guider ces transformations.



## Bibliographie

- Accord de gouvernement. (2020). Récupéré sur [https://www.belgium.be/sites/default/files/Accord\\_de\\_gouvernement\\_2020.pdf](https://www.belgium.be/sites/default/files/Accord_de_gouvernement_2020.pdf)
- Altman, M., Huang, T., & Breland, J. (2018). Design Thinking in Health Care. *Preventing Chronic Disease, 15*, 1-13.
- Bouckaert, N., Maertens de Noordhout, C., & Van de Voorde, C. (2020). *Health System Performance Assessment: how equitable is the Belgian health system?* Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre.
- Bouwen, R., & Fry, R. (1993). Innovation et apprentissage organisationnel : quatre modèles de dialogue entre la logique dominante et la logique nouvelle. *Communication & Organisation, 3*.
- Cès, S. (2021). L'accès aux soins de santé : définition et enjeux. *MC -Informations, 286*, 4-22.
- Devos, C., Cordon, A., Lefèvre, M., Obyn, C., Renard, F., Bouckaert, N., . . . Meeus, P. (2019). *Performance du système de santé belge – Rapport 2019*. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.
- Forest, P.-G., Denis, J.-L., Brown, L., & Helms, D. (2015). Health reform requires policy capacity, *International Journal of Health Policy and Management, 4*(5), 265-266.
- Foudriat, M. (2019). Chapitre 1 Définition et dimensions de la co-construction. Dans M. Foudriat, *La co-construction: Une alternative managériale* (pp. 15-36). Rennes: Presses de l'EHESP.
- Greenhalgh, T., Jackson, C., Shaw, S., & Janamian, T. (2016). Achieving research impact through co-creation in community-based health services: literature review and case study. *The Milbank quarterly, 94*(2), 392-429.
- Greer, S., Wismar, M., & Figueras, J. (2016). *Strengthening Health System Governance, Better policies, stronger performance*, European Observatory on Health Systems and Policies Series 2016. The European Observatory on Health Systems and Policies.
- INAMI. (2021). *Trajectoire budgétaire pluriannuelle pour l'assurance soins de santé 2022-2024 Rapport Intermédiaire*.
- INAMI. (2022). *Trajectoire budgétaire pluriannuelle pour l'assurance soins de santé 2022-2024 Rapport final*.
- Jafari Amineh, R., & Davatgari Asl, H. (2015). Review of constructivism and Social Constructivism. *Journal of Social Sciences, Literature and Languages, 1*(1), 9-16.
- Kohn, L., Dauvrin, M., & Cleemput, I. (2021). *Process note: patient involvement in KCE research*. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre.
- Lambert, L. (2020). Le budget des soins de santé en perspective historique. Vers un effritement de notre modèle social ? *MC-Informations, 281*.
- Maesschalck, M. (2008). Normes de gouvernance enrôlement des acteurs sociaux. *Multitudes, 3*(34), 182-194.
- Maesschalck, M. (2021). Critiques de l'expérimentation : paradigmes politiques et technologies gouvernementales. *Cahiers du GRM, 18*, 1-20.
- Maesschalck, M., & Blésin, L. (2009). Apprentissage social et participation locale Les enjeux de l'autotransformation des pratiques. *Réseau Canopé Cahiers philosophiques, 119*, 45-60.
- Mahieu, S., Cès, S., & Lambert, L. (2022). Budget des soins de santé. *Santé & Société, 2*.
- Malmberg, L., Rodrigues, V., Lännerström, L., Wetter-Edman, K., Vink, J., & Holmlid, S. (2019). Service Design as a Transformational Driver Toward Person-Centered Care in Healthcare. Dans M. Pfannstiel, & C. Rasche, *Service Design and Service Thinking in healthcare and hospital management* (pp. 1-18). Cham: Springer Nature Switzerland AG.
- Meneer, M., Blanchette, M.-A., Demers-Payette, O., & Roy, D. (2019). A framework for value-creating learning health systems. *Health Research Policy and Systems, 17*(1), 1-13.
- Nations Unies. (1948). *Déclaration Universelle des Droits de l'Homme*. Paris: Nations Unies.
- Nations Unies. (2019). *Political Declaration of the High-level Meeting on Universal Health Coverage "Universal health coverage: moving together to build a healthier world"*. New York: United Nations.
- Obyn, C., Cordon, A., Kohn, L., Devos, C., & Léonard, C. (2017). *Exploratory steps for the formulation of Belgian health system target*. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre.
- Ogbeiwi, O. (2016). Defining goal terms in development and health. *British Journal of Healthcare Management, 22*(11), 544-550.
- Ogbeiwi, O. (2017). Why written objectives need to be really SMART. *British Journal of Healthcare Management, 23*(7), 324-336.
- Ogbeiwi, O. (2021). General concepts of goals and goal-setting in healthcare: A narrative review. *Journal of Management & Organization, 27*, 324-341.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2007). *Strengthening health systems to improve health outcomes Who's framework action*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2016). *Open mindsets Participatory leadership*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé.
- Pfannstiel, M., & Rasche, C. (2019). *Service Design and Service Thinking in Healthcare and Hospital Management*. Cham: Springer.
- Pisek, P., & Greenhalgh, T. (2001). The challenge of complexity in health care. *Bmj, 323*(7313), 625-628.
- Reman, P., & Feltesse, P. (2003). L'évolution de la gestion paritaire de la sécurité sociale en Belgique. *Reflets et perspectives de la vie économique, 4*(XLII), 101-113.
- Roberts, J., Fisher, T., Trowbridge, M., & Bent, C. (2016). A design thinking framework for healthcare management and innovation.

*Healthcare*, 4, 11-14.

Rudkin, J.-E., & Rancati, A. (2020). Design for Policy. Dans *Science for Policy Handbook* (pp. 144-151). Brussels: Elsevier.

Rygh, K., & Clatworthy, S. (2019). The Use of Tangible Tools as a Means to Support Co-design During Service Design Innovation Projects in Healthcare. Dans M. Pfannstiel, & C. Rasche, *Service Design and Service Thinking in Healthcare and Hospital Management* (pp. 93-115). Cham: Springer.

Schokkaert, E., Baeten, R., Bruffaerts, R., De Maeseneer, J., Geerts, J., Godderis, L., . . . Vandewaetere, S. (2022). *Vers un budget pluriannuel pour les soins de santé assorti d'objectifs de soins de santé*. Bruxelles: INAMI.

Scordialos, M., Corrigan, C., Moller, T., Nissen, M., Arthur, M.-A., Kleinschmager, M., . . . Hillbrand, U. (s.d.). *Participatory Leadership in the European Context Leading Through Conversations That Matter*. Art of hosting stewards and European Commission hosts.

Sienkiewicz, M., & Mair, D. (2020). Against the Science– Policy Binary Separation: Science for Policy 1.0. Dans V. Šucha, & M. Sienkiewicz, *Science for Policy Handbook* (pp. 1-13). Brussels: Elsevier Limited.

Stickdorn, M., Lawrence, A., Hormess, M., & Schneider, J. (2019). *This is Service Design doing Applying Service Design thinking in the real world*. Sebastopol: O'Reilly Media.

Topp, L., Mair, D., Smillie, L., & Cairney, P. (2020). Skills for co-creation. Dans V. Šucha, & M. Sienkiewicz, *Science for Policy Handbook* (pp. 32-42). Elsevier.

Troussard, X., Scapolo, F., Svanfeldt, C., Cuccillato, E., Giovannini, S., Rancati, A., & Rudkin, J. (2016). *Lab connections Innovations in policy making*. Brussels: European Commission.

Vinck, J., Prestes Joly, M., Wetter-Edman, K., Tronvoll, B., & Edvardsson, B. (2019). Changing the Rules of Games in Healthcare Through Service Design. Dans M. Pfannstiel, & C. Rasche, *Service Design and Service Thinking in Healthcare and Hospital Management* (pp. 19-37). Cham: Springer.

Vrijens, F., Renard, F., Walkiers, D., Meeus, P., & Léonard, C. (2014). Evaluer la performance du système de santé : l'expérience de la Belgique. *Reflets et perspectives de la vie économique*, 4(Tome LIII), 83-102.

Weller, J.-M., & Pallez, F. (2017). Les formes d'innovation publique par le Design: un essai de cartographie. *Sciences du Design*, 1(5), 32-51.